Главному врачу ГБУЗ «ПКОД»

Стегнию К.В.

690105, г. Владивосток, ул. Русская, 59

Адрес электронной почты: pkod@list.ru

от ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты паспорта заявителя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Запрос**

**на предоставление медицинских документов (их копий) и выписок из них**

С «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. пациент (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа удостоверяющего личность пациента *(указать, если обращается родственник)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Проживающий (зарегистрирован):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проходил(а) медицинское обследование/находился(ась) на лечении в ГБУЗ «ПКОД».

**В связи с необходимостью *(выбрать необходимое)*:**

* ознакомления с диагностированием и лечением заболевания
* установления причины смерти, в связи с тем, что имеются подозрения, что к гибели привела несвоевременная или некачественно оказанная медицинская помощь.
* установления причины смерти, в связи с тем, что имеется необходимость получения страхового возмещения по договору страхования.
* иные причины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На основании изложенного и руководствуясь п. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **прошу выдать мне следующие медицинские документы/копии медицинских документов/выписки из медицинских документов:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

*(указать какие именно необходимо получить медицинские документы)*

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных, ГБУЗ «ПКОД» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

Обязуюсь сохранять конфиденциальность полученных сведений и гарантирую неразглашение информации, являющейся врачебной тайной (ст.13 № 323-ФЗ).

**Запрашиваемые документы прошу предоставить мне**

* - при личном обращении, предварительно сообщив по телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* - по почте заказным письмом по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Приложение (надлежаще заверенные копии)** ***(выбрать необходимое)* :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Паспорт заявителя
* Доверенность представителя
* Паспорт пациента
* Свидетельство о смерти пациента
 | * Свидетельство о заключении брака
* Свидетельство о рождении
* Иные документы, подтверждающие полномочия представителя либо близкого родственника
 |

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_